SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL MAGDALENA

CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURI

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**47**
Código Centro	**952910**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**96430-578000**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SHIRLEY SAILYN SILVERA FEREZ	**Banco a consignar:**	BANCO POPULAR
Cédula de Ciudadanía	1.082.882.939	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	bbolanor@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	230400352795
IP/Nº de contacto:	54800	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5875620/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**18324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación en los programas de Atención a Poblaciones Vulnerables del Centro de Logística y Promoción Ecoturística del SENA Regional Magdalena en el área de ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.560.497
Número de pago	**6**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.911.192
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.094.952

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	1,35%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 65.051
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.721.287		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.186.832**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.813.549**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 65.051**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9468995067**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.488.515
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 186.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 238.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 7.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 238.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 186.100	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 7.800	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 818.683	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.604.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.168.049		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.813.549,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	65.051,00	1,35%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - SANTA MARTA	27.695,00	0,700%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Hospital	89.311,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.283.488,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se imparte formación presencial ficha 3039043 – 3039042 SERVICIO AL CLIENTE. Sábana de San Angel

Diseño curricular

Lista de asistencia fisica

Desplazamiento al municipio de Sabanas de San Angel a impartir formación fichas 3039043 – 3039042 Servicio al cliente

Se organiza portafolio del instructor y se cargan actividades correspondientes a la formación

Uso de los formatos institucionales de calidad SIIGA versión GTH-F-062 V10 para rendir informes contractuales

Se divulga oferta educativa por redes sociales

GF Y GC

Presentar los documentos para la legalización del pago informe mensual con las evidencias, planilla para el pago de honorarios de Si c

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

SHIRLEY SAILYN SILVERA FEREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

RAFAEL ALFONSO YEPES CONDE
INSTRUCTOR G10

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082882939		SILVERA FEREZ SHIRLEY SAILYN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38#37-38	SANTA MARTA-MAGDALENA	3174629005	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	20240625105440853101	9468995067	I	2024/07/10	2024/06/25	BANCO AV VILLAS	0	$527,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,786,000**	**$285,800**			**$1,786,000**	**$223,300**			**$0**	**$0**			**$1,786,000**		**$18,700**		**$0**	**$0**		**$527,800**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,786,000**	**$285,800**			**$1,786,000**	**$223,300**			**$0**	**$0**			**$1,786,000**		**$18,700**		**$0**	**$0**		**$527,800**
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																					**$1,786,000**	**$285,800**			**$1,786,000**	**$223,300**			**$0**	**$0**			**$1,786,000**		**$18,700**		**$0**	**$0**		**$527,800**
1	CC	1082882939 SILVERA SHIRLEY																	23030 1	30	$1,786,000	$285,800	EPS005	30	$1,786,000	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,000	1.044%	$18,700	0	$0	$0	No	$527,800
Total	**Afiliados(1)**																				$1,786,000	$285,800			$1,786,000	$223,300			$0	$0			$1,786,000		$18,700		$0	$0		$527,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082882939		SILVERA FEREZ SHIRLEY SAILYN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38#37-38	SANTA MARTA-MAGDALENA	3174629005	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	20240625105440853101	9468995067	I	2024/07/10	2024/06/25	BANCO AV VILLAS	0	$527,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$0	$0	$285,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$285,800	$0	$0	$285,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,700	$0	$0	$18,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,700	$0	$0	$18,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$0	$0	$223,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,300	$0	$0	$223,300
TOTAL				**1**	**$527,800**	**$0**	**$0**	**$527,800**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SANTA MARTA, 18 de Julio del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SANTA MARTA

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	**1205965071**	**LIZ ARIADNA BENAVIDES SIVERA**	**Hijo(a)**

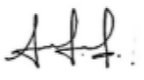
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



SHIRLEY SAILYN SILVERA FEREZ
C.C. 1082882939

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.205.965.071
BENAVIDES SILVERA
APELLIDOS
LIZ ARIADNA
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO
15-ENE-2015
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-ENE-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
04-AGO-2023 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
P-2100150-01395220-F-1205965071-20231116
8509077428